



**APROBACIÓN DE LA EXCEPCIÓN
PARA EL APOYO FAMILIAR
DE DDD**

SOLICITUD DE AUDIENCIA

Conforme el Capítulo 388-02 para reglamentos de audiencia de DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**ENVIAR POR
CORREO A:**

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Solicito una audiencia porque no estoy de acuerdo con el siguiente servicio o la decisión del proveedor tomada por la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD).

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL
CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO PARA MENSAJES

Se me notificó sobre la decisión el: _____ **Por:** _____
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible: Sí No Programa: _____

Me representa (si fuera a representarse a sí mismo, no complete las siguientes dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE

ORGANIZACIÓN

NÚMERO TELEFÓNICO

DOMICILIO CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.

SU FIRMA

FECHA

¿Necesita un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia? Sí No

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? _____

Los jueces de ley administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar a una audiencia personal, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le enviará por correo.